

## تأثیر ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به SLE، یک کار آزمایی بالینی تصادفی شده

کمال صولتی<sup>۱\*</sup>، محمد موسوی<sup>۲</sup>، سلیمان خیری<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup>گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران؛ <sup>۲</sup>گروه روماتولوژی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران؛

<sup>۳</sup>گروه آمار حیاتی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

تاریخ پذیرش: ۹۵/۳/۱۰

تاریخ دریافت: ۹۵/۱/۲۸

### چکیده:

زمینه و هدف: لوپوس اریتماتوز سیستمیک (SLE)، بیماری خود ایمنی سیستمیک با علت ناشناخته است. مطالعه ی حاضر با هدف تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی روی کیفیت زندگی این بیماران انجام گرفته است.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه ی تجربی با طرح کارآزمایی بالینی تصادفی شده بود که بر روی ۴۶ بیمار مبتلا به لوپوس مراجعه کننده به کلینیک فوق تخصصی امام علی (ع) بیمارستان آیت الله کاشانی شهرکرد با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس، طی مدت یکسال انجام شد. بیماران به ترتیب ورود به مطالعه، به تصادف در یکی از گروه های تجربی و شاهد تقسیم شدند (در مجموع ۴۶ نفر در ۲ گروه ۲۳ نفری). هر ۲ گروه تحت مراقبت پزشکی معمول قرار گرفته و گروه تجربی علاوه بر آن، ۸ جلسه به صورت گروهی تحت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند. بیماران قبل، بعد و ۶ ماه پس از مداخله با استفاده از آزمون کیفیت زندگی (SF-36) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده ها با استفاده از تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: میانگین مجموع نمرات ابعاد روانی کیفیت زندگی در گروه تجربی نسبت به گروه شاهد در مرحله ی پس آزمون به طور معنی داری بیشتر بود (به ترتیب  $P=0/001$  و  $P=0/004$ ). میانگین مجموع نمرات ابعاد جسمانی کیفیت زندگی در گروه تجربی نسبت به شاهد در مرحله ی پس آزمون به طور معنی داری بیشتر ( $P<0/001$ )؛ اما در مرحله ی پیگیری این اختلاف معنی دار به دست نیامد ( $P=0/157$ ). نتیجه گیری: نتایج حاکی از آن است که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود کیفیت زندگی بیماران لوپوس موثر بوده و استمرار این تأثیر در ابعاد روانی بیشتر بوده است.

واژه های کلیدی: درمان شناختی، ذهن آگاهی، کیفیت زندگی، لوپوس اریتماتوز سیستمیک.

### مقدمه:

می کنند و به عبارتی هر محلی از سیستم عصبی می تواند در این بیماری درگیر شود (۱-۳). تظاهرات عضلانی- استخوانی، پوستی، کلیوی، عروقی، ریوی، قلبی، خونی، گوارشی، چشمی و عصبی از تظاهرات این بیماری است (۴). بر اساس مطالعه ی بزرگ بررسی جامعه نگر کنترل بیماری های روماتیسمی که توسط مرکز تحقیقات روماتولوژی انجام شده، شیوع SLE در

بیماری خود ایمنی سیستمیک با علت ناشناخته لوپوس اریتماتوز سیستمیک (Systemic Lupus Erythematosus) است. در بین بیماری های خود ایمنی دارای متنوع ترین تظاهرات کلینیکی است. از میان اختلالات عمده و شدیدی که در این بیماری امکان ظهور دارند، تظاهرات عصبی و روانشناختی شایع می باشند که هم سیستم عصبی مرکزی و هم سیستم عصبی محیطی را درگیر

\*نویسنده مسئول: شهرکرد- دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد- گروه روانپزشکی- تلفن: ۰۳۸-۳۲۲۲۰۰۱۶، E-mail: kamal\_solati@yahoo.com

ایران ۴۰ در ۱۰۰۰۰۰ نفر برآورد شده است (۵). نسبت ابتلا زنان به مردان ۸ به ۱ نشان داده شده است (۶). اختلالات اضطرابی و خلقی شایع ترین اختلالات روانی این بیماران بوده است (۷). در مطالعات مختلف مشاهده شده که کیفیت زندگی در بیماران لوپوس در مقایسه با جمعیت عمومی پایین تر می باشد (۸-۱۱)؛ همچنین استرس های مزمن در طول زندگی این بیماران منجر به تأثیرات جسمی و روانی و متعاقب آن کاهش کیفیت زندگی آن ها می شود (۱۲). در برخی مطالعات ذکر شده که فعالیت بیماری با کیفیت زندگی این بیماران مرتبط بوده است (۱۳، ۱۴). در برخی مطالعات دیگر، فعالیت بیماری را فاکتور پیش بینی کننده ی کیفیت زندگی در بیماران لوپوس نمی دانند (۸، ۱۵، ۱۶)؛ همچنین عوامل دیگری مانند سطح فرهنگی، طول دوره بیماری، درماندگی آموخته شده و حمایت خانواده، از فاکتورهای پیش بینی کننده ی کیفیت زندگی در بیماران لوپوس می باشد (۱۷، ۱۸).

درمان های روانشناختی در کاهش عوارض جسمی و روانی این بیماران مورد توجه قرار گرفته است. تأثیر مثبت MBCT در اختلالات اضطرابی و خلقی، افسردگی خودکشی گرا، دردهای مزمن، سرطان و وسواس فکری- عملی به اثبات رسیده است (۲۴-۱۹). در یک پژوهش فاکتورهای پیش بینی کننده ی کیفیت زندگی در بیماران لوپوس و تغییرات آن ها پس از درمان شناختی- رفتاری مورد بررسی قرار گرفت که نتایج نشان از بهبود قابل توجه در کیفیت زندگی مرتبط با سلامت این بیماران داشت (۸). در یک کارآزمایی بالینی تأثیر درمان شناختی- رفتاری روی استرس های مزمن بیماران SLE مورد بررسی قرار گرفت که نتایج به دست آمده کاهش معنی داری را در استرس های روزانه، اضطراب و افسردگی و بهبود زندگی این بیماران نشان داد؛ اما این کاهش در ایندکس فعالیت بیماری Disease Activity Index، معنی دار نبود (۱۲). Kasitanon و همکاران طی پژوهشی تأثیر روان درمانی روی کیفیت خواب بیماران زن مبتلا به SLE را مورد

بررسی قرار دادند که نتایج نشان داد همبستگی مثبتی بین کیفیت خواب با اضطراب، افسردگی، درد و کیفیت زندگی پس از ۳ ماه روان درمانی روی بیماران به دست آمد (۲۵). در مطالعه دیگری Bantornwan و همکاران تأثیر مراقبه به عنوان یکی از روش های مهم در مداخلات ذهن آگاهی را روی کیفیت زندگی و فعالیت بیماری (Sympathetic Activity) بیماران مبتلا به لوپوس کلیه مورد بررسی قرار دادند که نتایج نشان داد کیفیت زندگی هم در ابعاد روانی و هم جسمانی افزایش معنی داری نسبت به گروه کنترل بعد از مداخلات داشته است (۲۶). درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (Mindfulness-Based Cognitive Therapy) توسط Segal و همکاران در ۸ جلسه گروهی جهت پیشگیری از عود افسردگی طراحی شده است. پایه اصلی این روش بر اساس برنامه کاهش استرس بر مبنای ذهن آگاهی Kabat-Zinn (Mindfulness-Based Stress Reduction) می باشد. رویکرد MBCT انعطاف پذیری فعالیت های شناختی را افزایش می دهد و نشخوار فکری، تعمیم بیش از حد در حافظه سرگذشتی و ارزیابی انتقاد از خود را کاهش و فرآیندهای شناختی مفید مانند مشاهده گری غیر قضاوتی محتوای ذهنی را افزایش می دهد. در این شیوه بیماران ترغیب می شوند تا تجربه را بدون قضاوت به همان گونه ای که شکل گرفته پردازش کنند و رابطه شان را با افکار و احساسات چالش بر انگیز تغییر داده و آن ها را بپذیرند (۲۷). دلیل انتخاب روش MBCT روی این بیماران از یک طرف عدم مطالعات مشابه در ایران بود و از طرف دیگر همان طور که مطالعات نشان داده اند، اختلالات خلقی و افسردگی یکی از شایع ترین اختلالات همراه این بیماران است (۷). علی رغم این که CBT به عنوان خط اول درمان افسردگی قلمداد می شود؛ اما آثار پیشگیرانه آن مورد تردید قرار گرفته است. تأکیدی که CBT بر تغییر افکار و شناخت ها دارد، در مواردی باعث گردیده بیماران در چالش با افکار دچار شکست شوند و همچنین این رویکرد باعث ایجاد فراشناخت در بیماران نمی گردد (۲۸)؛ بنابراین MBCT

نه تنها به عنوان یک روش درمانی جدید در افسردگی محسوب می شود، بلکه می تواند نقاط ضعف روش CBT را پوشش داده و در رفع افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران SLE موثر باشد. با توجه به نتایج بیشتر مطالعات فوق الذکر مبنی بر اثربخشی MBCT در بهبود کیفیت زندگی و افزایش سلامت روان بیماران SLE و نبود مطالعات مشابه در ایران، هدف از مطالعه حاضر اثربخشی MBCT روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک بود.

### روش بررسی:

این پژوهش یک مطالعه ی تجربی با طرح کارآزمایی بالینی تصادفی شده است. جامعه ی آماری پژوهش را کلیه ی بیماران سرپایی مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک تشکیل می دادند که به کلینیک تخصصی و فوق تخصصی روماتولوژی امام علی (ع) بیمارستان آیت الله کاشانی شهرکرد در سال ۹۳-۹۲ مراجعه می کردند. کل اجرای پروژه یکسال به طول انجامید که شامل نوشتن پروپوزال و تصویب در دانشگاه (۱ ماه)، اجرای پژوهش (۴ ماه)، مرحله پیگیری (۶ ماه) و نوشتن گزارش نهایی (۱ ماه) می گردید. نمونه ی پژوهش شامل ۴۶ بیمار SLE بود که به کلینیک فوق تخصصی امام علی شهرکرد مراجعه و واجد ملاک های ورود به مطالعه بودند که به صورت نمونه گیری آسان (در دسترس) با تشخیص و مصاحبه ی بالینی متخصصین روماتولوژی و بر اساس کرایتری های کالج آمریکایی روماتولوژی American College of Rheumatology انتخاب شدند (۳۰، ۲۹). معیارهای ورود شامل: داشتن حداقل ۴ ملاک از ملاک های تشخیصی SLE بر اساس کرایتری های کالج آمریکایی روماتولوژی، داشتن تحصیلات حداقل سوم راهنمایی، رضایت از شرکت در مطالعه بود و معیارهای خروج شامل: سابقه ی مصرف داروهای روانپزشکی و سابقه ی دریافت درمان های روانشناختی در ۶ ماه گذشته، غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات و افزایش شدت علائم و بروز اختلال عملکرد

بیمار می شد. بیماران بر اساس معیارهای ورود و خروج، انتخاب شده اند. بیماران به ترتیب ورود به مطالعه به تصادف در یکی از ۲ گروه تجربی و شاهد تقسیم شدند. سعی گردید هر ۲ گروه از نظر ویژگی های دموگرافیک همتا شوند. از طرف دیگر استفاده از روش آماری کواریانس می تواند متغیرهای مخدوش کننده را با کمک کامپیوتر تحلیل کرده و متغیرهای مخدوش کننده را تعدیل کند. در مجموع ۴۶ بیمار در ۲ گروه ۲۳ نفری وارد مطالعه شدند. پس از انتخاب بیماران و قبل از مداخلات، آزمون های مورد استفاده در پژوهش روی بیماران ۲ گروه اجرا شد. هر ۲ گروه تحت مراقبت پزشکی معمول (usual medical care) قرار گرفته اند. گروه تجربی علاوه بر آن، ۸ جلسه و هر جلسه به مدت ۴۵ تا ۶۰ دقیقه و به صورت انفرادی توسط روانشناس بالینی (دکتری) تحت درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند. پس از اتمام مداخلات روانشناختی مجدداً بیماران ۲ گروه با استفاده از آزمون های مورد استفاده در پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. به منظور ارزیابی میزان پایداری مداخلات درمانی، ۶ ماه پس از آخرین مداخلات، بیماران هر ۲ گروه مجدداً با استفاده از آزمون های پژوهش، مورد ارزیابی قرار گرفتند که به عنوان مرحله ی پیگیری در پژوهش محسوب می شد. برای محتوای جلسات از راهنمای عملی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی Segal و همکاران استفاده گردید (۲۷).

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه کیفیت زندگی فرم کوتاه ویر SF-36(V2) و یک چک لیست ویژگی های دموگرافیک بود. این پرسشنامه قادر به سنجش سلامت جسمانی و روانی از طریق ۸ مقیاس فعالیت های جسمی، محدودیت نقش جسمی، درد بدنی، درک کامل از سلامتی، نیرو و انرژی، عملکرد اجتماعی، محدودیت نقش عاطفی و سلامت روان می باشد. میانگین ضرایب ۸ گانه ی این آزمون بر اساس پروتکل پرسشنامه، بین محدوده ۰ تا ۱۰۰ محاسبه می شود که امتیاز بالاتر نشان دهنده

جسمانی، نقش جسمانی و درد بدنی در اندازه گیری عامل سلامت جسمانی از روایی بیشتری برخوردارند. این موضوع در مطالعات طولی و فرهنگی مورد تأیید قرار گرفته است (۳۲). جهت ملاحظات اخلاقی به بیماران اطمینان داده شد، نوشتن نام روی آزمون ها اختیاری است و نتایج مطالعه محرمانه بوده و صرفاً جهت مقاصد پژوهشی مورد استفاده قرار می گیرد؛ همچنین حضور آن ها در مطالعه داوطلبانه خواهد بود. کد اخلاق این مطالعه از کمیته اخلاق دانشگاه به شماره ۹۱-۳-۱۱ و IRCT201412018253N3 به شماره ثبت کارآزمایی بالینی ایران دریافت گردید. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS انجام گردید (جدول شماره ۱).

عملکرد بهتر می باشد. میانگین استاندارد مجموع ابعاد روانی و ابعاد جسمی ۵۰ بوده که بالاتر و پایین تر از ۵۰ به ترتیب نشان دهنده میانگین عملکرد بالا و پایین است. پایایی و روایی این پرسشنامه بر روی ۴۸۰۰ نمونه مطالعه شده است. به طوری که ثبات درونی (آلفای کرونباخ) پرسشنامه بین ۰/۶۵ تا ۰/۹۶ در دیگر کشورها و بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ در ایران گزارش شده است (۳۱). روایی هر کدام از ۸ مقیاس و ۲ مولفه نشان داده است که این ۲ مولفه از همدیگر متفاوت هستند. همان طور که مطالعات تحلیل عاملی مربوط به روایی سازه نیز این مسئله را نشان می دهد. مقیاس های سلامت روانی، نقش هیجانی و کارکرد اجتماعی روایی بیشتری برای اندازه گیری سلامت روانی دارند؛ همچنین مقیاس های کارکرد

### جدول شماره ۱: خلاصه ای از موضوعات دستور العمل اجرایی جلسات MBCT در ۸ جلسه

جلسه اول	توضیح درباره اهمیت حضور در لحظه حال و بودن در اینجا و اکنون و باز کردن مفهوم ذهن آگاهی برای بیماران با استفاده از فنون مختلف و یاد گرفتن امور روزمره همراه با توجه کردن به آن ها.
جلسه دوم	تمرین واریسی بدن، ۱۰ دقیقه حضور ذهن روی جریان تنفس، پی بردن به ذهن سرگردان، آموزش ثبت رویدادهای مطلوب، تمرین افکار و احساسات، تعریف هیجان و شناسایی هیجان های مثبت و منفی.
جلسه سوم	آرام گرفتن ذهن سرگردان با تمرین تنفس و مرور بدن، مراقبه دیدن و شنیدن، مراقبه نشسته و انجام تمرین هایی که توجه را به لحظه حال می آورند.
جلسه چهارم	مراقبه دیدن و شنیدن، مراقبه نشسته (آگاهی از تنفس، بدن، اصوات و افکار)، تعریف اصول و قوانین حاکم بر هیجان، فضای تنفس ۳ دقیقه ای به طور منظم، فضای تنفس ۳ دقیقه ای مقابله ای.
جلسه پنجم	آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرفتن آن ها بدون قضاوت و دخالت مستقیم، ۳ دقیقه فضای تنفس منظم و مقابله ای، معرفی مفهوم پذیرش.
جلسه ششم	مراقبه نشسته (آگاهی از تنفس، بدن، اصوات و افکار)، برقراری ارتباط با افکار و احساس های خود و گسترش آن ها و پذیرش افکار و هیجانات ناخوشایند بدون قضاوت و داوری، بحث در مورد اینکه افکار واقعیت نیستند.
جلسه هفتم	مراقبه نشسته (آگاهی از تنفس، بدن، اصوات و افکار)، پی بردن به روابط بین فعالیت و خلق، تهیه فهرستی از فعالیت های لذت بخش و فعالیت هایی که به شخص احساس تسلط می دهند، ۳ دقیقه فضای تنفس منظم و مقابله ای.
جلسه هشتم	برنامه ریزی برای آینده و استفاده از فنون حضور در حال برای ادامه زندگی و تعمیم آن ها به کل جریان زندگی، بحث در مورد دلایل مثبت و موانع احتمالی تمرین ها پس از پایان دوره.

متغیر گروه (تجربی و شاهد) به عنوان متغیر مستقل، نمره کلی پرسشنامه SF-36 در اجرای پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش (شاهد) و نمره کلی SF-36 در اجرای

به منظور اثربخشی MBCT در بهبود کیفیت زندگی (نمره کلی) بیماران SLE از تحلیل کواریانس تک متغیره (Ancova) استفاده گردید. بدین صورت که

پس آزمون به عنوان متغیر وابسته وارد تحلیل گردید؛ همچنین قبل از تحلیل استنباطی داده ها با استفاده از آزمون های کولموگروف اسمیرنوف و لوین از برقراری پیش فرض های تحلیل کواریانس اطمینان حاصل شد.

### یافته ها:

نتایج به دست آمده نشان داد که دامنه ی سنی آزمودنی های ۲ گروه ۱۸ تا ۶۴ سال با میانگین  $28 \pm 13/64$  در گروه تجربی و  $29 \pm 13/62$  در گروه کنترل بودند. دیگر نتایج پژوهش نشان داد، ۱۷ نفر (۷۳/۹٪) بیماران گروه تجربی زن و ۶ نفر (۲۶/۰۸٪) مرد بودند این میزان در گروه کنترل به ترتیب برابر با ۱۵ نفر (۶۵/۲۱٪) و ۸ نفر (۳۴/۷۸٪) به دست آمد؛

همچنین ۳۵٪ متأهل، ۴۵٪ با تحصیلات متوسطه، ۵۲٪ خانه دار، ۴۳٪ شهرنشین و ۳۹٪ با سابقه بیماری بین ۵ تا ۸ سال بودند که بیشترین میزان را در این گروه ها تشکیل می دادند.

همان طور که جدول شماره ۲ نشان می دهد، مجموع میانگین نمرات کیفیت زندگی در ابعاد روانی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه تجربی به ترتیب برابر با  $43/79$ ،  $51/66$  و  $50/56$  به دست آمد. این میزان برای گروه کنترل به ترتیب برابر با  $44/32$ ،  $43/76$  و  $43/72$  به دست آمد. این نتایج نشان می دهد که کیفیت زندگی در ابعاد روانی در مراحل پس آزمون و پیگیری، بهبود قابل ملاحظه ای را داشته است.

**جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ابعاد روانی کیفیت زندگی ۲ گروه آزمایشی و کنترل**

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
		میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار
سلامت روانی	کنترل	$43/3 \pm 4/03$	$45/07 \pm 3/07$	$44/7 \pm 3/44$
	آزمایشی	$44/5 \pm 3/51$	$50/7 \pm 3/28$	$49/91 \pm 4/51$
فعالیت اجتماعی	کنترل	$47/5 \pm 3/72$	$46/14 \pm 4/41$	$46/69 \pm 3/17$
	آزمایشی	$46/8 \pm 4/18$	$55/12 \pm 3/77$	$54/08 \pm 3/89$
نشاط	کنترل	$39/44 \pm 2/91$	$38/8 \pm 3/05$	$38/35 \pm 4/23$
	آزمایشی	$38/07 \pm 3/8$	$47/8 \pm 3/64$	$46/41 \pm 4/52$
نقش عاطفی	کنترل	$47/04 \pm 4/25$	$45/03 \pm 4/75$	$45/17 \pm 3/11$
	آزمایشی	$45/08 \pm 3/1$	$53/03 \pm 4/05$	$52/2 \pm 4/09$
مجموع ابعاد روانی	کنترل	$44/32 \pm 10/85$	$43/76 \pm 11/54$	$43/72 \pm 12/41$
	آزمایشی	$43/79 \pm 11/07$	$51/66 \pm 10/48$	$50/56 \pm 11/87$

همان طور که جدول شماره ۳ نشان می دهد، مجموع میانگین نمرات کیفیت زندگی در ابعاد جسمانی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه تجربی به ترتیب برابر با  $44/02$ ،  $49/79$  و  $45/67$  به دست آمد. این میزان برای

گروه کنترل به ترتیب برابر با  $43/24$ ،  $44/38$  و  $44/08$  به دست آمد. این نتایج نشان می دهد که کیفیت زندگی در ابعاد جسمانی در مرحله ی پس آزمون بهبود داشته است؛ اما در مرحله ی پیگیری این میزان مجدداً کاهش داشته است.

**جدول شماره ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ابعاد جسمانی کیفیت زندگی ۲ گروه آزمایشی و کنترل**

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
		میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار
فعالیت جسمی	کنترل	۴۴/۸۱ $\pm$ ۳/۶۵	۴۳/۴۵ $\pm$ ۴/۴۴	۴۵/۷۳ $\pm$ ۳/۰۷
	آزمایشی	۴۵/۰۱ $\pm$ ۴/۰۶	۴۹/۳۷ $\pm$ ۴/۷۱	۴۶/۳۸ $\pm$ ۳/۰۵
محدودیت نقش فیزیکی	کنترل	۴۵/۰۷ $\pm$ ۳/۷۳	۴۷/۴۱ $\pm$ ۳/۷۲	۴۶/۰۲ $\pm$ ۳/۴۱
	آزمایشی	۴۵/۷۵ $\pm$ ۳/۹۴	۵۱/۶۴ $\pm$ ۴/۳۶	۴۷/۲۵ $\pm$ ۴/۳۸
درد جسمی	کنترل	۳۸/۶۳ $\pm$ ۳/۰۸	۳۹/۵۳ $\pm$ ۳/۰۸	۳۸/۹۳ $\pm$ ۴/۱۹
	آزمایشی	۳۹/۰۵ $\pm$ ۴/۱۴	۴۷/۱۱ $\pm$ ۳/۷۱	۴۰/۷۲ $\pm$ ۳/۰۵
سلامت عمومی	کنترل	۴۴/۵۳ $\pm$ ۴/۵۱	۴۷/۱۷ $\pm$ ۴/۱۸	۴۵/۷۱ $\pm$ ۳/۲۶
	آزمایشی	۴۶/۲۸ $\pm$ ۴/۲۲	۵۱/۰۶ $\pm$ ۴/۵۶	۴۸/۳۳ $\pm$ ۳/۱۳
مجموع ابعاد جسمانی	کنترل	۴۳/۲۴ $\pm$ ۱۰/۴۸	۴۴/۳۸ $\pm$ ۱۱/۷۵	۴۴/۰۸ $\pm$ ۹/۰۷
	آزمایشی	۴۴/۰۲ $\pm$ ۱۱/۵۴	۴۹/۷۹ $\pm$ ۱۰/۶	۴۵/۶۷ $\pm$ ۸/۹۷

جهت انجام تحلیل کواریانس از آزمون کولموگروف اسمیرنف و آزمون لوین استفاده گردید. سطح معنی داری در آزمون کولموگروف اسمیرنف برابر با ۰/۸۵ به دست آمد که نشان می دهد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات کیفیت زندگی در ۲ گروه برقرار است؛ همچنین سطح معنی داری در آزمون لوین برابر با ۰/۶۴ به دست آمد که نشان می دهد فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت واریانس ها، تأیید شده و مفروضه همگنی واریانس ها برقرار است؛ بنابراین می توان از تحلیل کواریانس جهت تحلیل استنباطی فرضیه ها استفاده کرد.

همان طور که جدول شماره ۴ نشان می دهد، بین میانگین نمرات کیفیت زندگی ۲ گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و کنترل در ابعاد روانی در مرحله ی پس آزمون، تفاوت معنی داری به دست آمد ( $P < ۰/۰۰۱$  و  $F = ۹۶۸/۹۷$ ). این میزان در ابعاد

جسمانی هم معنی دار بود ( $P = ۰/۰۰۱$  و  $F = ۴۷۳/۲۲$ ) ضریب تأثیر در ابعاد روانی برابر با ۰/۴۶ و ابعاد جسمانی برابر با ۰/۳۸ به دست آمد که نشان می دهد ۴۶٪ تفاوت به دست آمده در ابعاد روانی و ۳۸٪ در ابعاد جسمانی، ناشی از مداخلات ذهن آگاهی بوده است؛ همچنین بین میانگین نمرات کیفیت زندگی در ابعاد روانی ۲ گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و کنترل در مرحله ی پیگیری، تفاوت معنی داری به دست آمد ( $P = ۰/۰۰۴$  و  $F = ۶۶/۳۹$ )؛ اما این اختلاف در ابعاد جسمانی معنی دار به دست نیامد ( $P = ۰/۱۵۷$  و  $F = ۲۳/۵۶$ ). نتایج این قسمت پژوهش نشان می دهد که MBCT تأثیر پایدار و مستمری در بهبود کیفیت زندگی بیماران SLE در ابعاد روانی داشته است؛ اما این تأثیر در ابعاد جسمانی پایدار نبوده است.

### جدول شماره ۴: نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی روی کیفیت زندگی بیماران در مرحله پس آزمون و پیگیری

مراحل	زیر مقیاس ها	منابع	df	F	P	ضریب تأثیر	توان آماری
پس آزمون	مجموع ابعاد روانی	پیش آزمون	۱	۱۵۳/۴۲	۰/۰۱	۰/۶۸	۰/۹۴
	عضویت گروهی		۱	۹۶۸/۹۷	۰/۰۰۰	۰/۴۶	۰/۸۷
	مجموع ابعاد جسمانی	پیش آزمون	۱	۲۹۵/۱۴	۰/۰۱	۰/۷۲	۰/۹۱
پیگیری	عضویت گروهی		۱	۴۷۳/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۰/۸۴
	مجموع ابعاد روانی	پیش آزمون	۱	۵۲۷/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۰/۸۹
	عضویت گروهی		۱	۶۶/۳۹	۰/۰۰۴	۰/۳۲	۰/۸۲
	مجموع ابعاد جسمانی	پیش آزمون	۱	۳۱۸/۱۶	۰/۰۱	۰/۵۴	۰/۸۷
	عضویت گروهی		۱	۲۳/۵۶	۰/۱۵۷	۰/۱۲	۰/۹۱

### بحث:

هدف از انجام پژوهش حاضر تأثیر MBCT روی کیفیت زندگی بیماران SLE بود که نتایج مطالعه نشان داد MBCT در بهبود کیفیت زندگی این بیماران موثر بوده است. به طوری که میانگین کلیه ابعاد کیفیت زندگی بیماران، پس از مداخله افزایش داشته که نشان از بهبود کیفیت این بیماران دارد. نتایج این پژوهش با مطالعه Navarrete و همکاران مبنی بر بهبود قابل توجه در کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و مطالعه Ramirez و همکاران مبنی بر کاهش استرس بیماران SLE پس از درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس همخوانی دارد (۳۳، ۸). گرچه روش به کار گرفته شده در مطالعه حاضر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی است و با درمان شناختی رفتاری تفاوت هایی دارد؛ اما ساختار آن ها یکسان بوده و هر ۲ روش در رفع علائم روانشناختی و بهبود کیفیت زندگی و کاهش استرس این بیماران موثر واقع بوده اند. در مطالعه دیگری با استفاده از روش مراقبه که یکی از متدهای درمان ذهن آگاهی است، روی بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک به مدت ۶ ماه صورت گرفت. نتایج نشان داد هم ابعاد روانی و هم ابعاد جسمانی کیفیت زندگی،

پس از مداخلات کاهش معنی داری داشته است که با مطالعه حاضر همسو است (۲۶). در مطالعه دیگری Godfrin و Van Heeringen و Van Son و همکاران تأثیر MBCT را به ترتیب روی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی را مورد بررسی قرار دادند که نتایج نشان داد، این روش درمانی در کاهش علائم افسردگی بیماران MDD و بهبود کیفیت زندگی بیماران دیابتی موثر بوده است (۳۵، ۳۴). این نتایج نشان می دهد MBCT می تواند هم در رفع افسردگی بیماران روانی و هم در بهبود کیفیت زندگی بیماران طبی موثر باشد که با نتایج مطالعه حاضر مطابقت می کند. نتایج به دست آمده دیگر پژوهش حاضر نشان داد، بین میانگین نمرات ابعاد روانی کیفیت زندگی بیماران SLE با گروه کنترل، ۶ ماه پس از آخرین مداخلات (مرحله پیگیری) اختلاف معنی داری به دست آمد؛ اما این اختلاف در ابعاد جسمانی کیفیت زندگی معنی دار نبود. به عبارت دیگر این روش درمانی در تداوم و استمرار علائم جسمانی کیفیت زندگی اثربخش نبوده است. در تبیین این مسئله باید اذعان کرد علائم جسمی

جذب افکار و نگرش های منفی و ناکارآمد باقی نمی ماند و این از طریق پردازش های هیجانی و نگرش های ناکارآمد آنان اصلاح می شود (۳۷).

### نتیجه گیری:

با توجه به این که بیماران SLE در مقایسه با جمعیت عمومی از کیفیت زندگی پایین تری رنج می برند (۱۱۸). از طرف دیگر اتیولوژی ناشناخته و مزمن بودن این بیماری، استفاده از نتایج مطالعه حاضر مبنی بر مداخلات روان شناختی به ویژه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند در بهبود کیفیت زندگی این بیماران موثر باشد (۲)؛ بنابراین MBCT می تواند در کنار درمان های پزشکی بیماران SLE در درمان اختلالات روانی همراه مد نظر قرار گیرد و ضرورت دارد متخصصین حوزه های روماتولوژی و روانپزشکی و روانشناسی همکاری نزدیکی در مدیریت بیماران SLE داشته باشند.

### تشکر و قدردانی:

بدین وسیله از کلیه بیماران SLE مراجعه کننده به کلینیک فوق تخصصی امام علی بیمارستان آیت الله کاشانی شهرکرد که در این طرح شرکت کردند و همچنین معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه که در تأمین هزینه های این طرح ما را یاری کردند، تشکر می گردد.

این بیماران بعد طبی داشته و همان طور که Navarrete و همکاران در مطالعه خود نشان دادند، مداخلات روانشناختی می تواند در کاهش علائم روانشناختی بیماران SLE موثر باشد (۱۲)؛ اما در فعالیت بیماری (Disease Activity) که ابعاد جسمی و طبی این بیماری بوده، تأثیری نداشته است که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. Kasitanon و همکاران طی پژوهشی عوامل مرتبط با مشکلات خواب و تأثیر روان درمانی روی کیفیت خواب بیماران زن مبتلا به SLE را مورد بررسی قرار دادند. در این مطالعه ۵۶ بیمار زن SLE شرکت داشتند که نتایج داد همبستگی مثبتی بین کیفیت خواب با اضطراب، افسردگی، درد و کیفیت زندگی پس از ۳ ماه روان درمانی روی بیماران وجود دارد که با نتایج این مطالعه همخوانی دارد (۲۵). این نتایج نشان می دهد MBCT می تواند بین ویژگی های مثبت همچون عزت نفس و بهزیستی روانشناختی نقش یک میانجی را ایفاء کند و باعث افزایش این ویژگی های مثبت و بالا رفتن کیفیت زندگی بیماران لوپوس شود (۳۶). از طرف دیگر مداخلات ذهن آگاهی همانند مداخلات شناختی رفتاری به دنبال تغییر باورها و برداشت های افراد از موقعیت ها نیست؛ بلکه روی این نکته تأکید می کند که اگر افراد در حالت ذهن آگاهی مطلوبی قرار گیرند، به واسطه افزایش ظرفیت پذیرش افکار و عواطف دیگر فرصت چندان برای

### منابع:

- Wallace D, Hahn BH. Dubois' Lupus erythematosus and related syndromes: Expert Consult-Online: Elsevier Health Sciences; 2012.
- Appenzeller S, Costallat LT, Cendes F. Neurolupus. Arch Neurol. 2006; 63(3): 458-60.
- Lampropoulos CE, Koutroumanidis M, Reynolds PP, Manidakis I, Hughes GR, D'Cruz DP. Electroencephalography in the assessment of neuropsychiatric manifestations in antiphospholipid syndrome and systemic lupus erythematosus. Arthritis Rheum. 2005; 52(3): 841-6.
- Longo D, Fauci A, Kasper D, Hauser S. Harrison's Principles of Internal Medicine. 18th ed. New York: McGraw-Hill Professional; 2012.
- Davatchi F, Jamshidi AR, Banihashemi AT, Gholami J, Forouzanfar MH, Akhlaghi M, et al. WHO-ILAR COPCORD Study (Stage 1, Urban Study) in Iran. J Rheumatol. 2008; 35(7): 1384.



6. Horvath L, Czirjak L, Fekete B, Jakab L, Pozsonyi T, Kalabay L, et al. High levels of antibodies against Clq are associated with disease activity and nephritis but not with other organ manifestations in SLE patients. *Clin Exp Rheumatol*. 2001; 19(6): 667-72.
7. Bachen EA, Chesney MA, Criswell LA. Prevalence of mood and anxiety disorders in women with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 2009; 61(6): 822-9.
8. Navarrete-Navarrete N, Peralta-Ramirez MI, Sabio JM, Martinez-Egea I, Santos-Ruiz A, Jimenez-Alonso J. Quality-of-life predictor factors in patients with SLE and their modification after cognitive behavioural therapy. *Lupus*. 2010; 19(14): 1632-9.
9. Dobkin PL, Da Costa D, Dritsa M, Fortin PR, Senecal JL, Goulet JR, et al. Quality of life in systemic lupus erythematosus patients during more and less active disease states: Differential contributors to mental and physical health. *Arthritis Care Res*. 1999; 12(6): 401-10.
10. Jolly M, Utset TO. Can disease specific measures for systemic lupus erythematosus predict patients health related quality of life? *Lupus*. 2004; 13(12): 924-6.
11. Jolly M. How does quality of life of patients with systemic lupus erythematosus compare with that of other common chronic illnesses? *J Rheumatol*. 2005; 32(9): 1706-8.
12. Navarrete-Navarrete N, Peralta-Ramirez MI, Sabio-Sanchez JM, Coin MA, Robles-Ortega H, Hidalgo-Tenorio C, et al. Efficacy of cognitive behavioural therapy for the treatment of chronic stress in patients with lupus erythematosus: A randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*. 2010; 79(2): 107-15.
13. Stoll T, Gordon C, Seifert B, Richardson K, Malik J, Bacon PA, et al. Consistency and validity of patient administered assessment of quality of life by the MOS SF-36; its association with disease activity and damage in patients with systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol*. 1997; 24(8): 1608-14.
14. Wang C, Mayo NE, Fortin PR. The relationship between health related quality of life and disease activity and damage in systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol*. 2001; 28(3): 525-32.
15. Schwartz CE, Peng CK, Lester N, Daltroy LH, Goldberger AL. Self-reported coping behavior in health and disease: assessment with a card sort game. *Behav Med*. 1998; 24(1): 41-4.
16. Alarcon GS, McGwin G, Jr., Uribe A, Friedman AW, Roseman JM, Fessler BJ, et al. Systemic lupus erythematosus in a multiethnic lupus cohort (LUMINA). XVII. Predictors of self-reported health-related quality of life early in the disease course. *Arthritis Rheum*. 2004; 51(3): 465-74.
17. Fortin PR, Abrahamowicz M, Neville C, Du Berger R, Fraenkel L, Clarke AE, et al. Impact of disease activity and cumulative damage on the health of lupus patients. *Lupus*. 1998; 7(2): 101-7.
18. Gilboe IM, Kvien TK, Husby G. Disease course in systemic lupus erythematosus: changes in health status, disease activity, and organ damage after 2 years. *J Rheumatol*. 2001; 28(2): 266-74.
19. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*. 2010; 78(2): 169-83.
20. Evans S, Ferrando S, Findler M, Stowell C, Smart C, Haglin D. Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord*. 2008; 22(4): 716-21.
21. Kim B, Lee SH, Kim YW, Choi TK, Yook K, Suh SY, et al. Effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder. *J Anxiety Disord*. 2010; 24(6): 590-5.
22. Crane C, Williams JM. Factors Associated with Attrition from Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Patients with a History of Suicidal Depression. *Mindfulness*. 2010; 1(1): 10-20.
23. Marchand WR. Mindfulness-based stress reduction, mindfulness-based cognitive therapy, and Zen meditation for depression, anxiety, pain, and psychological distress. *J Psychiatr Pract*. 2012; 18(4): 233-52.
24. Kulz AK, Landmann S, Cludius B, Hottenrott B, Rose N, Heidenreich T, et al. Mindfulness-based cognitive therapy in obsessive-compulsive disorder: Protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2014; 14: 314.

25. Kasitanon N, Achsaualertsak U, Maneeton B, Wangkaew S, Puntana S, Sukitawut W, et al. Associated factors and psychotherapy on sleep disturbances in systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2013; 22(13): 1353-60.
26. Bantornwan S, Watanapa WB, Hussarin P, Chatsiricharoenkul S, Larpparisuth N, Teerapornlertratt T, et al. Role of meditation in reducing sympathetic hyperactivity and improving quality of life in lupus nephritis patients with chronic kidney disease. *J Med Assoc Thai*. 2014; 97 Suppl 3: S101-7.
27. Segal Z, Williams J, Teasdale J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to relapse prevention. New York: Guilford Pub;. 2002.
28. Finucane A, Mercer SW. An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC Psychiatry*. 2006; 6: 14.
29. Tan EM, Cohen AS, Fries JF, Masi AT, McShane DJ, Rothfield NF, et al. The 1982 revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 1982; 25(11): 1271-7.
30. Hochberg MC. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 1997; 40(9): 1725.
31. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res*. 2005; 14(3): 875-82.
32. Ware JE Jr, Gandek B. Methods for testing data quality, scaling assumptions, and reliability: the IQOLA Project approach. International quality of life assessment. *J Clin Epidemiol*. 1998; 51(11): 945-52.
33. Ramirez M, Ortega H, Navarrete N, Alosa J. Effectiveness of stress management therapy in two populations with high stress: chronic patients and healthy people stress: Chronic patients and healthy people. *Salud Mental*. 2009; 32(3): 251-8.
34. Godfrin KA, Van Heeringen C. The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behav Res Ther*. 2010; 48(8): 738-46.
35. Van Son J, Nyklicek I, Pop VJ, Blonk MC, Erdsieck RJ, Spooren PF, et al. The effects of a mindfulness-based intervention on emotional distress, quality of life, and HbA(1c) in outpatients with diabetes (DiaMind): A randomized controlled trial. *Diabetes Care*. 2013; 36(4): 823-30.
36. Bajaj B, Gupta R, Pande N. Self-esteem mediates the relationship between mindfulness and well-being. *Person and Indiv Diff*. 2016; 94: 96-100.
37. Feldman G, Dunn E, Stemke C, Bell K, Greeson J. Mindfulness and rumination as predictors of persistence with a distress tolerance task. *Pers Individ Dif*. 2014; 56.

## **The effectiveness of mindfulness based Cognitive Therapy on quality of life in Systemic Lupus Erythematosus patients: A randomized controlled trial**

Solati K<sup>1\*</sup>, Mousavi M<sup>2</sup>, Kheyri S<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Psychiatry Dept., Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, I.R. Iran;

<sup>2</sup>Rheumatology Dept., Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, I.R. Iran;

<sup>3</sup>Biostatistics Dept., Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, I.R. Iran.

Received: 16/Apr/2016 Accepted: 30/May/2016

**Background and aims:** Systemic Lupus Erythematosus (SLE) is an inflammatory multi systemic autoimmune disease with auto antibodies. The aim of this study was to consider the effect of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) on quality of life in patients with SLE.

**Methods:** In this experimental study with randomized clinical trial design which was conducted on 46 SLE patients referring Imam Ali Clinic in Shahrekord, southwest Iran within one year, the patients (totally 46 patients in 2 groups of 23 each) were assigned into one of the treatment and control groups alternately. Both groups underwent routine medical care. The treatment group underwent eight group sessions of MBCT, as well. The patients were assessed by Quality of Life Test (SF-36) prior to, after, and six months after intervention. The data were analyzed using analysis of covariance.

**Results:** The mean scores of mental quality of life in trial group were significantly more than control group at post-intervention and follow-up stage ( $P=0.001$ ,  $P=0.004$ ). The mean scores of somatic quality of life in trial group were significantly more than control group at post-intervention but weren't significantly at follow-up intervention ( $P=0.001$  vs  $P=0.157$ ).

**Conclusion:** The results demonstrated that MBCT has persistent and continuum effect on access scores of mental quality of life in patients with SLE.

**Keywords:** Cognitive Therapy, Mindfulness, Quality of Life, Systemic Lupus Erythematosus.

**Cite this article as:** Solati K, Mousavi M, Kheyri S. The effectiveness of mindfulness based Cognitive Therapy on quality of life in Systemic Lupus Erythematosus patients: A randomized controlled trial. J Shahrekord Univ Med Sci. 2016; 18(4): 27-37.

---

**\*Corresponding author:**

Psychiatry Dept., Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, I.R. Iran.  
Tel: 00983832220016, E-mail: kamal\_solati@yahoo.com